MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE
MODULE D'ENDOCRINOLOGIE

CAS CLINIQUE 5

Dr .Y.RAHEM
Maitre assistant en endocrinologie
Service endocrinologie CHU TIZI OUZOU unité Belloua

Madame L., âgée de 49 ans, consulte pour une HTA découverte il y a 1 an lors d'un accident ischémique transitoire et non équilibré sous monothérapie.

Par ailleurs, elle présente des antécédents de syndrome dépressif sévère.

Elle a eu trois enfants et présente une aménorrhée

secondaire depuis 1 an, associée à des bouffées de chaleur.

À l'examen clinique: poids = 74 kg, taille = 160 cm, tour de taille = 96 cm, TA = 150/ 90 mmHg, pouls = 88/min. Auscultation cardiopulmonaire normale.

hépatomégalie homogène, faciès arrondi et rougeaud, tendance aux ecchymoses.

L'examen neurologique est normal mais elle se plaint de manquer de force.

Bilan biologique:

- **glycémie à jeun 1,20 g/L**
- **natrémie: 138 mmol/l (135-145)**
- **kaliémie: 3,8 mmol/L (3,5-4,5)**
- **créatininémie: 85 µmol/L (< 100)**
- **ASAT: 75 UI/L (< 45)**
- **ALAT: 68 UI/L (< 45)**
- **HDL cholestérol: 0,30 g/L (> 0,4)**
- **triglycérides: 2,5 g/L (< 1,5)**
- **LDL cholestérol normal à 1,10 g/L**

QUESTION N° 1:

Quel diagnostic évoquez-vous?

Réponse:

Syndrome de Cushing,

devant:

- **érythrose faciale**
- **ecchymoses**
- **excès pondéral abdominal**
- **aménorrhée II**
- **dépression**
- **probable amyotrophie**
- **HTA**
- **anomalie de la tolérance glucidique**

QUESTION N° 2:

Quels sont les 3 examens de laboratoire réalisables pour le
dépistage?

Réponse:

*** Cortisol libre urinaire de 24 h**
diagnostic formel si multiplié par 4
*** Test de freinage minute:**
cortisol le matin après dexaméthasone 1 mg le soir
*** Recherche de la disparition du cycle nycthéméral du cortisol**

par un dosage plasmatique (ou salivaire) à 24 h
mais cortisol salivaire hors nomenclature et

QUESTION N° 3:

Les résultats confirment votre impression clinique.

Quelles sont les étiologies possibles?

Réponse:

*** Hypercorticisme ACTH-dépendant:**

- **maladie de Cushing par adénome corticotrope sécrétant de l'ACTH**
- **sécrétion ectopique d'ACTH par une tumeur (carcinoïde, poumon...)**

*** Hypercorticisme ACTH-indépendant:**

- **adénome de la corticosurrénale sécrétant du cortisol**

QUESTION N° 4:

Les résultats sont en faveur d'une atteinte d'origine hypophysaire. L'IRM est réalisée.

Commentez le résultat.



Réponse:

IRM hypophysaire, en séquence T1 après injection de gadolinium:

- **coupe coronale montrant un microadénome hypophysaire latéralisé à droite**
- **entraînant une déviation de la tige pituitaire**
- **pas de compression du chiasma optique**

QUESTION N° 5:

Que vous suggèrent les anomalies du bilan hépatique?

Réponse:

- Stéatose

- Dans le cadre d'une insulino-résistance

- Obésité abdominale

- Anomalie de la tolérance glucidique

- Éliminer un éthylisme devant faciès rougeaud, anomalies bilan hépatique

QUESTION N° 6:

La patiente est opérée.

Vous la revoyez 4 jours après l'intervention.

L'examen clinique est sans particularité.

Elle est très asthénique.

La pression artérielle est à 100/60 mmHg.

Le cortisol de 8 heures est indétectable.

L'ionogramme sanguin est normal.

Quel est votre diagnostic?

Réponse:

- Probable insuffisance corticotrope (cortisol de 8 h indétectable)

- secondaire :

*** à l'intervention chirurgicale hypophysaire (4e jour postopératoire) pour microadénome corticotrope**

*** Inertie probable des cellules corticotropes saines, longtemps freinées par l'adénome**

QUESTION N° 7:

Quel traitement mettez-vous en place et quelles sont les recommandations?

Réponse:

- Traitement substitutif par hydrocortisone:

- **20 mg/j en deux prises (le matin et à 12 h)**
- **doses à multiplier par deux en cas de stress ou d'infection**

- On suivra la récupération hypophysaire par test à l'ACTH (Synacthène®)

- Pas de fludrocortisone car pas d'atteinte du secteur minéralocorticoïde dans l'insuffisance corticotrope

QUESTION N° 8:

Elle reste aménorrhéique, vous demandez un dosage de FSH

qui revient élevé à 65 UI/l (N < 10).

Qu'en concluez-vous?

Réponse:

Ménopause